

WNIOSEK O PRZYJĘCIE DO DOMU OPIEKI W RÓŻNOWIE „DOM NAD DOLINĄ”

DANE OSOBOWE:

Imię i Nazwisko:

Adres:

Dowód osobisty: seria: nr: wydany przez

PESEL: Numer telefonu:

Miejsce urodzenia:

Dane osoby sprawującej opiekę faktyczną lub przedstawiciela ustawowego:

Imię i Nazwisko:

Adres:

Dowód osobisty: seria: nr: wydany przez

PESEL: Numer telefonu:

Ja niżej podpisany/-a zwracam się z prośbą o przyjęcie mnie do Domu Opieki w Różnowie i jednocześnie wyrażam zgodę na ponoszenie odpłatności za pobyt według ustalonej stawki zawartej w umowie.

Ja niżej podpisany/-a zwracam się z prośbą o przyjęcie,
(imię i nazwisko Mieszkańca)

której/go jestem przedstawicielem ustawowym do Domu Opieki w Różnowie i jednocześnie wyrażam zgodę na ponoszenie odpłatności za pobyt według ustalonej stawki zawartej w umowie.

Działając na podstawie art. 23 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Dom Opieki w Różnowie. moich danych osobowych, w związku z ubieganiem się o przyjęcie do Domu Opieki i realizacją procedury przyjęcia. Dom Opieki w Różnowie . informuje, że administratorem danych osobowych będzie Spółka, która wykorzystywać będzie je wyłącznie samodzielnie lub przez podmioty współpracujące przy działaniach związanych z ubieganiem się przez wnioskodawcę o przyjęcie do Domu i realizacją procedury przyjęcia, wyłącznie na potrzeby marketingowe oraz w celu realizacji wniosku i procedury przyjęcia. Przekazanie danych osobowych wnioskodawcy osobie trzeciej wymaga pisemnej zgody. Wnioskodawcy przysługuje prawo wglądu do jego danych oraz ich poprawiania, a podanie danych przez wnioskodawcę jest dobrowolne.

.....
Podpis osoby składającej wniosek

.....
Pieczętka placówki

.....
Miejscowość, data

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA OSOBY
UBIEGAJĄCEJ SIĘ O PRZYJĘCIE DO DOMU OPIEKI W RÓŻNOWIE**

*proszę zakreślić stan istniejący

Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o przyjęcie do Domu Opieki:

.....
Data urodzenia:

Adres zamieszkania (pobytu):

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....
2. Choroby współistniejące oraz nawyki:

.....
a/ choroba zakaźna: tak / nie *, jeśli tak to jaka?

b/ nosicielstwo chorób: tak / nie *, jeśli tak to jakie?

c/ gruźlica: tak / nie *

d/ alergie: tak / nie *, jeśli tak to jakie?

3. Badanie przedmiotowe:

a/ waga..... kg

b/ wzrost..... cm

c/ ciśnienie krwi: / mm Hg

d/ tętno...../ min

e/ skóra (odleżyny – występowanie, stopień)

f/ układ oddechowy

g/ układ krążenia

h/ układ trawienia

i/ układ moczowo-płciowy

j/ układ ruchu oraz ocena stopnia samodzielności i samoobsługi

k/ układ nerwowy i narządy zmysłów

4. Ocena sprawności ruchowej *:

a/ chodzi samodzielnie

b/ z pomocą innych osób

c/ z pomocą sprzętu rehabilitacyjnego - podać jakiemu, ewentualne potrzeby w tym zakresie:

d/ nie chodzi samodzielnie

5. Ocena zdolności porozumiewania się (ewentualne dysfunkcje) w zakresie:

a/ mowy

b/ słuchu.....

c/ wzroku

6. Czy osoba ubiegająca się o pobyt w Domu Opieki pozostawała lub pozostaje pod opieką

psychiatry? Jeżeli tak, to z jakiego powodu?

.....
.....

.....

(data, pieczęć i podpis lekarza)

.....
Miejscowość, data

LISTA LEKÓW PRZYJMOWANYCH PRZEZ MIESZKAŃCA
(w okresie co najmniej ostatnich 2 miesięcy)

.....
Imię i nazwisko Mieszkańca

| Lp. | NAZWA LEKU | DAWKOWANIE |
|-----|------------|------------|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |
| 6 | | |
| 7 | | |
| 8 | | |
| 9 | | |
| 10 | | |

.....
Podpis lekarza

.....
Miejscowość, data

WYKAZ OSÓB SPRAWUJĄCYCH OPIEKĘ

.....
Imię i nazwisko Mieszkańca

| Lp. | IMIĘ I NAZWISKO | STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA/ POWINOWACTWA | ADRES ZAMIESZKANIA | DANE KONTAKTOWE (numer telefonu, adres e-mail) |
|-----|-----------------|---|-----------------------|---|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |

.....
Podpis Mieszkańca
lub opiekuna faktycznego / przedstawiciela ustawowego